

Barrieren in der Versorgung und Unterstützung junger Angehöriger in der Schweiz

Eine integrierte Analyse entlang der Versorgungskette von angehörigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen von Familienmitgliedern mit psychischen Erkrankungen aus vier Perspektiven

Studienleitung/Autorinnen:

Tracy Wagner, M.Sc. Psychologie (Vorstand Stand by You Schweiz)

Scilla Zischek, M.Sc. Betriebsökonomie und Bildung (Vorstand Stand by You Schweiz)

Patricia Tovar (Strategieteam Stand by You Schweiz)

Christian Pfister (Co-Präsident Stand by You Schweiz)

VORWORT

Die vorliegende Studie von **Stand by You Schweiz** analysiert, warum angehörige **Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene**, die mit einem **Familienmitglied** aufwachsen, das psychisch erkrankt ist, in der Schweiz **oft spät, kaum oder gar keine** Unterstützung erhalten – obwohl das Risiko für eigene Belastungen markant erhöht ist und **frühe Prävention nachweislich schützt**.

Die Studie ist Teil des Projekts **«Schutz und Unterstützung von angehörigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen»**, das **Stand by You Schweiz** Anfang 2025 initiiert hat, und bildet zusammen mit der ersten repräsentativen Studie von Stand by You Schweiz, die in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut SOTOMO entstanden ist und im März 2026 publiziert wurde, die Basis für die nächste Phase des Projekts: die Angebotsentwicklung.

Unterversorgung der jungen Angehörigen entsteht nicht erst bei fehlenden Therapieplätzen, sondern **viel früher** – dort, wo Belastung **wahrgenommen, eingeordnet, angesprochen und in Hilfe übersetzt** werden müsste. Es ist daher primär ein **strukturelles Präventionsproblem**. Es zeigt sich: Sichtbarkeit ermöglicht Sprache, Sprache legitimiert Unterstützung, klare Zuständigkeiten eröffnen Handlungsspielräume, lebensweltliche Verankerung senkt Schwellen und Kontinuität stabilisiert Entwicklung. Politische und strukturelle Verankerung sichern ihre Nachhaltigkeit. **Prävention wird so zur Qualität eines Versorgungssystems, das junge Angehörige früh wahrnimmt, ernst nimmt und begleitet**.

Stand by You Schweiz bedankt sich bei allen jungen Angehörigen, ehemaligen jungen Angehörigen, den Fachpersonen und Bezugspersonen, die ihre Erfahrungen und Erkenntnisse in Gesprächen für diese Studie eingebracht haben.

IN KÜRZE

Was wurde analysiert

Der vorliegende Bericht untersucht, warum junge Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig zu spät oder gar nicht Unterstützung erhalten – obwohl Risiken bekannt und präventive Ansätze wirksam sind.

Grundlage sind qualitative Interviews aus **vier Perspektiven**:

- Aktuell betroffene junge Angehörige
- Ehemalige junge Angehörige (Rückblick auf Kindheit/Jugend)
- Lebensweltnahe Bezugspersonen (Schule, Ausbildung, Betreuung)
- Fachpersonen (Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem)

Die Analyse folgt der gesamten **Versorgungskette** – von ersten Belastungen im Alltag bis zu langfristiger Stabilisierung – und identifiziert **Barrieren** auf individueller, familiärer, lebensweltlicher, institutioneller und politischer Ebene.

Zentrale Befunde entlang der Versorgungskette

1. Belastung bleibt unsichtbar

Junge Angehörige erleben Stress, Verantwortung und Unsicherheit als Normalität. Anpassung und Funktionieren verhindern, dass Belastung als Unterstützungsbedarf erkennbar wird.

2. Schweigen als rationale Strategie

Loyalität zur Familie, Angst vor Konsequenzen und fehlende Sprache führen dazu, dass Belastung nicht benannt wird – selbst wenn Leidensdruck hoch ist.

3. Lebenswelten bleiben ungenutzt

Schule, Ausbildung und Peergruppen sind zentrale Lebensorte, werden aber nicht zu Unterstützungsräumen. Bezugspersonen sind unsicher, ob und wie sie Belastung ansprechen dürfen.

4. Orientierung fehlt – Zuständigkeiten bleiben unklar

Selbst wenn Belastung erkannt wird, wissen weder Betroffene noch ihr Umfeld, wohin sie sich wenden können. Präventive Angebote sind kaum bekannt oder zugänglich.

5. Unterstützung bleibt fragmentiert

Auch wenn Hilfe beginnt, ist sie instabil: Übergänge brechen Begleitung ab, Systeme arbeiten nebeneinander statt miteinander, Kontinuität fehlt.

6. Langfristige Stabilisierung bleibt aus

Unterstützung endet häufig vor nachhaltiger Entlastung. Die Verantwortung für Bewältigung wird an die Betroffenen zurückdelegiert.

Warum Unterstützung scheitert: Sieben wiederkehrende Mechanismen

Unterversorgung entsteht nicht durch einzelne Versäumnisse, sondern durch strukturelle Wirkmechanismen, die sich gegenseitig verstärken:

1. **Unsichtbarkeit & Schweigen** – Anpassung wird belohnt, Belastung bleibt verborgen
2. **Loyalität & Parentifizierung** – Hilfesuche wird als Verrat erlebt
3. **Stigma, Schuld & Angst vor Konsequenzen** – Offenheit erscheint riskant
4. **Fragmentierung & fehlende Zuständigkeit** – Verantwortung verschwindet zwischen Systemen
5. **Ressourcenmangel & strukturelle Überlastung** – Prävention bleibt Zusatzaufgabe ohne Kapazität
6. **Lebensweltliche Unsichtbarkeit** – Zentrale Kontaktpunkte bleiben ungenutzt
7. **Politisch-gesellschaftliche Unsichtbarkeit** – Junge Angehörige sind kein anerkanntes Handlungsfeld

Diese Mechanismen wirken auf allen Ebenen gleichzeitig und stabilisieren Unterversorgung – selbst dort, wo Engagement und Angebote vorhanden sind.

Daraus ergibt sich eine Schlüsselerkenntnis: Es gibt selten den einen Bruch – eher eine kumulative Kette vieler kleiner Abbrüche, die Prävention und Unterstützung systematisch verhindert.

Präventive Handlungsfelder: Wo Veränderung ansetzen muss

Aus der Analyse ergeben sich fünf strategische Handlungsfelder:

1. Frühe Sichtbarkeit und Sprache ermöglichen

→ Junge Angehörige brauchen Worte, Deutungsangebote und Legitimation für ihr Erleben – ohne Pathologisierung.

2. Lebensweltliche Schlüsselpersonen stärken und absichern

→ Bezugspersonen in Schule, Ausbildung und Freizeit brauchen Kompetenz, Auftrag und Rückhalt, um Belastung sicher anzusprechen.

3. Niederschwellige, sichere Zugänge schaffen

→ Unterstützung muss erreichbar, verständlich und entlastend sein – ohne Eskalationslogik oder diagnostische Hürden.

4. Orientierung, Zuständigkeit und Kontinuität sichern

→ Versorgung muss nachvollziehbar, verlässlich und über Übergänge hinweg stabil bleiben.

5. Strukturelle und politische Rahmenbedingungen verändern

→ Junge Angehörige müssen als eigenständige Zielgruppe anerkannt und Prävention nachhaltig finanziert werden.

Wirkungsziele: Was sich verändern muss

Frühe Sichtbarkeit statt späte Krisenintervention

Systemische Einordnung statt Individualisierung

Geklärte Zuständigkeit statt Verantwortungsvakuum

Lebenswelt als Schutzraum statt Normalisierungsdruck

Kontinuität über Übergänge statt wiederholte Neuanfänge

Politische Verankerung statt Projektlogik

Prävention ist keine Einzelmassnahme, sondern eine Qualität des Versorgungssystems, das junge Angehörige früh wahrnimmt, ernst nimmt und begleitet.

TEIL I – AUSGANGSLAGE & ZIELSETZUNG	8
1. Ausgangslage	8
1.1 Gesellschaftliche und gesundheitliche Relevanz	8
1.2 Alltag und Belastung junger Angehöriger	8
1.3 Vom Erleben zur Analyse: ein strukturelles Präventionsproblem	9
2. Zielsetzung und Leitfragen	9
TEIL II – METHODIK & ANALYSELOGIK	9
1. Datengrundlage und Perspektiven	9
2. Analytischer Rahmen: Schritte, Ebenen und Mechanismen	10
2.1 Deduktiver Rahmen: Versorgungsschritte und Systemebenen	10
2.2 Induktive Verdichtung: Wiederkehrende Mechanismen	12
3. Vorgehen der Analyse	13
4. Erkenntnisinteresse und Abgrenzung	14
TEIL III – BARRIEREN ENTLANG DER VERSORGUNGSKETTE	14
1. Versorgungsschritt: Alltag & Belastung erleben	15
2. Versorgungsschritt: Selbstwahrnehmung & erste Irritation	16
3. Versorgungsschritt: Entscheidung: Schweigen oder Andeuten	17
4. Versorgungsschritt: Erste Bezugspersonen im Umfeld (Schule, Peers, Alltag)	17
5. Versorgungsschritt: Wahrnehmen, Einordnen & Deuten durch das Umfeld	18
6. Versorgungsschritt: Orientierung & Triage	19
7. Versorgungsschritt: Erste professionelle (niederschwellige) Unterstützung	20
8. Versorgungsschritt: Gezielte Unterstützung bei Bedarf	21
9. Versorgungsschritt: Kontinuität & Übergänge	21
10. Versorgungsschritt: Langfristige Stabilisierung & Teilhabe	22
ZWISCHEN DEN STRUKTUREN: Vier Perspektiven auf gelebte Realität	23
1. Junge Angehörige: Leben im Jetzt – Daueranspannung, Unsichtbarkeit, Trennung der Welten	23
2. Ehemalige junge Angehörige: Rückblick – Sprachlosigkeit, zwei Leben, Langzeitwirkung und	24
späte Einordnung	24
3. Lebensweltnahe Bezugspersonen: Sehen ohne Auftrag – Nähe ohne Zuständigkeit	25
4. Fachpersonen: Beziehung wirkt – aber Strukturen fehlen (und Ressourcen sind am Anschlag)	26
TEIL IV – Übergeordnete Wirkmechanismen und wiederkehrende Muster	27
1. Wirkmechanismus: Unsichtbarkeit & Schweigen	27
2. Wirkmechanismus: Loyalität & Parentifizierung	28
3. Wirkmechanismus: Stigma, Schuld & Angst vor Konsequenzen	28
4. Wirkmechanismus: Fragmentierung & fehlende Zuständigkeit	28

5.	Wirkmechanismus: Ressourcenmangel & strukturelle Überlastung	29
6.	Wirkmechanismus: Lebensweltliche Unsichtbarkeit & fehlende psychosoziale Kompetenz ..	29
7.	Wirkmechanismus: Politisch-gesellschaftliche Unsichtbarkeit	29
8.	Übergreifendes Wirkmodell: Wie sich Unterversorgung stabilisiert	29
TEIL V – Präventive Handlungsfelder entlang der Versorgungskette		31
1.	Handlungsfeld: Frühe Sichtbarkeit und Sprache ermöglichen.....	32
2.	Handlungsfeld: Lebensweltliche Schlüsselpersonen stärken und absichern	32
3.	Handlungsfeld: Niederschwellige, sichere Zugänge schaffen	32
4.	Handlungsfeld: Orientierung, Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung sichern	33
5.	Handlungsfeld: Strukturelle und politische Rahmenbedingungen verändern.....	33
TEIL VI – Wirkungsziele und Ausblick.....		34
1.	Grundverständnis von Wirkung	34
2.	Übergeordnete Wirkungsziele	34
3.	Zusammenspiel der Wirkungsziele	35
4.	Ausblick.....	35
Abschliessende Einordnung.....		36
Literaturverzeichnis		37
Abbildungsverzeichnis		38
Tabellenverzeichnis.....		38

TEIL I – AUSGANGSLAGE & ZIELSETZUNG

1. Ausgangslage

1.1 Gesellschaftliche und gesundheitliche Relevanz

Kinder und Jugendliche, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil oder einer nahestehenden Bezugsperson aufwachsen, stellen eine grosse, aber lange wenig sichtbare Bevölkerungsgruppe dar. Aktuelle Erhebungen zeigen, dass in der Schweiz rund 1,9 Millionen Menschen mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufgewachsen sind (Stand by You Schweiz & Sotomo, 2024). Weitere Schätzungen gehen davon aus, dass derzeit mehrere Hunderttausend Minderjährige in der Schweiz mit einem psychisch erkrankten Elternteil leben (Leu et al., 2019). Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen reichen damit weit über die unmittelbar betroffene Person hinaus und prägen familiäre Kontexte über Jahre hinweg.

Internationale und nationale Studien weisen darauf hin, dass junge Angehörige im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko tragen, im Verlauf ihres Lebens selbst psychische Belastungen oder Erkrankungen zu entwickeln (Reupert & Maybery, 2016). Auch schulische und berufliche Übergänge, soziale Beziehungen sowie die emotionale Entwicklung können beeinträchtigt sein. Gleichzeitig gilt als gut belegt, dass frühe Unterstützung, stabile Bezugspersonen und verständnisvolle Umwelten diese Risiken deutlich reduzieren können (Siegenthaler et al., 2012).

Trotz dieser Evidenz erhalten viele junge Angehörige erst sehr spät Unterstützung – häufig erst dann, wenn eigene Symptome auftreten, familiäre Krisen eskalieren oder biografische Brüche bereits erfolgt sind. Studien zeigen, dass verschiedene Faktoren dazu beitragen, dass betroffene Familien psychosoziale Hilfsangebote nicht oder zu spät nutzen (Hefti et al., 2016). Präventive Ansätze werden in der Fachliteratur seit Jahren empfohlen, sind in der Praxis jedoch bislang nur punktuell und nicht systematisch verankert. Diese Diskrepanz zwischen bekanntem Risiko, vorhandener Wirksamkeit von Prävention und realer Versorgungspraxis verweist auf ein strukturelles Problem.

1.2 Alltag und Belastung junger Angehöriger

Die Interviews geben Einblick in den Alltag junger Menschen, die mit einer familiären Bezugsperson mit einer psychischen Erkrankung aufwachsen. Dieser Alltag ist häufig geprägt von Unvorhersehbarkeit, emotionalen Spannungen und Phasen eingeschränkter Verfügbarkeit der erkrankten Person. Junge Angehörige beschreiben, dass sie früh lernen, aufmerksam zu sein und sich an wechselnde Situationen anzupassen.

Viele berichten davon, Aufgaben im Haushalt zu übernehmen, Verantwortung für Geschwister zu tragen oder emotional ausgleichend zu wirken. Auch das Zurückstellen eigener Bedürfnisse wird als Teil des Alltags beschrieben. Belastend erlebt werden insbesondere die dauerhafte innere Anspannung, das Gefühl, ständig „mitdenken“ zu müssen, sowie Unsicherheit darüber, was erlaubt ist, was erwartet wird und wo eigene Grenzen liegen. Viele beschreiben ihre Situation weniger als punktuelle Belastung, sondern vielmehr als dauerhaften inneren Alarmzustand – ein ständiges Wachsein und Mitdenken, das kaum je unterbrochen wird. Solche Übernahmen von Verantwortung werden in der Literatur als Parentifizierung diskutiert und als Risiko für Entwicklung und Wohlbefinden eingeordnet (Aldridge, 2006; Leu et al., 2019).

Ehemalige junge Angehörige schildern rückblickend, dass sie ihr Erleben lange als normal oder zumindest nicht aussergewöhnlich wahrgenommen haben. Erst später – häufig im Erwachsenenalter

– sei ihnen bewusst geworden, wie stark sie bereits als Kinder oder Jugendliche belastet waren. Lebensweltnahe Bezugspersonen, etwa Lehrpersonen, Betreuungspersonen oder andere Erwachsene im schulischen und ausserschulischen Alltag, nehmen solche Kinder und Jugendlichen teilweise als besonders reif, angepasst oder verantwortungsbewusst wahr, ohne dass die dahinterliegenden Belastungen sichtbar werden. Dieses Muster ist in der internationalen Literatur gut dokumentiert (Reupert & Maybery, 2016; Leijdesdorff et al., 2017).

Diese Beschreibungen verdeutlichen, dass junge Angehörige in ihrem Alltag vielfältigen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt sind. Sie zeigen zunächst das Erleben und die Beanspruchung – noch nicht jedoch, wie oder warum Unterstützung ausbleibt.

1.3 Vom Erleben zur Analyse: ein strukturelles Präventionsproblem

Aus dieser Ausgangslage wird deutlich, dass Unterversorgung junger Angehöriger nicht erst beim Zugang zu professioneller Hilfe entsteht. Vielmehr scheitert Unterstützung häufig bereits in sehr frühen Phasen: dort, wo Belastung wahrgenommen, eingeordnet und als legitim unterstützungswürdig verstanden werden müsste.

Damit rückt die Frage in den Fokus, wie Unterstützung entlang der gesamten Versorgungskette abbricht – und nicht nur, ob ausreichend Angebote vorhanden sind. Die Versorgung junger Angehöriger erweist sich somit weniger als reines Behandlungsproblem, sondern als strukturelles Präventionsproblem, das sich aus dem Zusammenspiel von individueller Erfahrung, familiären Dynamiken, lebensweltlichen Kontexten und systemischen Rahmenbedingungen ergibt.

2. Zielsetzung und Leitfragen

Stand by You Schweiz hat sich mit diesem Bericht das Ziel gesetzt, diese strukturellen Barrieren systematisch sichtbar zu machen. Der Bericht geht dabei zwei zentralen Leitfragen nach:

1. Wo liegen Hürden im Hilfesuchprozess der jungen Angehörigen selbst?
2. Welche Hürden bestehen im Unterstützungsprozess durch das Umfeld – insbesondere durch lebensweltnahe Bezugspersonen, Institutionen und Versorgungssysteme?

Um diese Fragen zu beantworten, werden Barrieren entlang der gesamten Versorgungskette analysiert. Dadurch wird nachvollziehbar, an welchen Stellen Unterstützung häufig abbricht, sich verzögert oder gar nicht erst entsteht – und wo präventive Ansätze realistisch ansetzen könnten.

TEIL II – METHODIK & ANALYSELOGIK

1. Datengrundlage und Perspektiven

Die vorliegende Analyse basiert auf qualitativen Interviews aus vier Perspektiven:

- **junge Angehörige** von Menschen mit psychischer Erkrankung,
- **ehemalige junge Angehörige**, die rückblickend über ihre Kindheit und Jugend berichten,
- **lebensweltnahe Bezugspersonen** (z. B. Schule, Ausbildung, Betreuung),

- **Fachpersonen** aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems.

Insgesamt wurden zwischen Januar 2025 und August 2025 n=50 Interviews geführt (n=8 junge Angehörige, n=18 ehemalige junge Angehörige, n=13 Lebensweltnahe Bezugspersonen, n=11 Fachpersonen). Die Interviews wurden in Schweizerdeutsch geführt, 37 Interviews (n=6 junge Angehörige, n=15 ehemalige junge Angehörige, n=10 Lebensweltnahe Bezugspersonen, n=10 Fachpersonen) wurde aufgenommen und mittels automatisierter Transkription in hochdeutsche Schriftsprache übertragen. Aufgrund dieser Vorgehensweise sind einzelne Formulierungen sprachlich geglättet oder fehlerhaft, und Sprecherwechsel zwischen Interviewenden und Antwortenden sind nicht in jedem Fall eindeutig gekennzeichnet. Für die Analyse wurde deshalb kontextsensibel gearbeitet: Aussagen wurden in ihrem Sinnzusammenhang interpretiert und überwiegend paraphrasiert. Wörtliche Zitate werden – wo sie später eingesetzt werden – nur dort verwendet, wo die Sprecherrolle eindeutig ist.

Alle Interviews erfolgten freiwillig und mit informierter Einwilligung. Personen- und Ortsangaben wurden für die Auswertung und Berichtlegung anonymisiert bzw. so verändert, dass Rückschlüsse auf einzelne Personen minimiert werden. Da es sich um ein sensibles Themenfeld handelt, werden direkte Zitate sparsam eingesetzt und dort, wo nötig, paraphrasiert, um unbeabsichtigte Identifizierbarkeit zu vermeiden.

Die Rekrutierung erfolgte über Stand by You Schweiz und deren Netzwerke sowie über Institutionen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ; Ziel war eine möglichst breite Abdeckung unterschiedlicher Versorgungssituationen und Sichtweisen, um wiederkehrende Muster und Versorgungslücken identifizieren zu können.

Die vier Perspektiven ermöglichen eine multiperspektivische Betrachtung desselben Versorgungsgeschehens. Während junge und ehemalige junge Angehörige Einblick in das subjektive Erleben geben, zeigen lebensweltnahe Bezugspersonen und Fachpersonen, wie Belastung wahrgenommen, eingeordnet und bearbeitet wird – oder eben nicht. Gerade diese Verschränkung ist zentral, um strukturelle Muster jenseits individueller Einzelfälle sichtbar zu machen.

2. Analytischer Rahmen: Schritte, Ebenen und Mechanismen

Die Analyse folgt einer kombinierten deduktiv-induktiven Logik: Sie orientiert sich einerseits an vorab definierten Ordnungssystemen als strukturierender Rahmen für die Auswertung der Interviews. Andererseits werden die Erkenntnisse der Interviews verdichtet und wiederkehrende Muster induktiv zu einem Kategoriensystem abgeleitet.

2.1 Deduktiver Rahmen: Versorgungsschritte und Systemebenen

Als strukturierender Rahmen wurden zwei deduktive Ordnungssysteme verwendet:

Versorgungsschritte

Die Analyse orientiert sich an einer idealtypischen Versorgungskette, die den Weg von ersten Belastungserfahrungen bis zu langfristiger Stabilisierung abbildet: Die Schritte sind analytische Orientierungspunkte und können sich in der Realität überlappen, wiederholen oder parallel verlaufen.

1. **Alltag & Belastung erleben**
Junge Angehörige erleben Belastung im familiären Alltag, häufig geprägt von Instabilität, Unsicherheit oder wechselnden Funktionsniveaus.
2. **Selbstwahrnehmung & erste Irritation**
Belastung wird gespürt, ohne bereits als Problem oder Unterstützungsbedarf eingeordnet zu werden.
3. **Entscheidung: Schweigen oder Andeuten**
Es entsteht ein innerer Aushandlungsprozess darüber, ob Belastung benannt, verborgen oder relativiert wird.
4. **Erste Bezugspersonen im Umfeld**
Schule, Ausbildung, Peers oder andere lebensweltnahe Bezugspersonen werden – bewusst oder unbewusst – zu potenziellen Ansprechstellen.
5. **Wahrnehmen, Einordnen & Deuten durch das Umfeld**
Das Umfeld interpretiert beobachtetes Verhalten und entscheidet, ob Belastung individuell, situativ oder systemisch verstanden wird.
6. **Orientierung & Triage**
Klärung, ob und welche Unterstützung sinnvoll ist, und wohin weitervermittelt werden kann – insbesondere im präventiven Bereich.
7. **Erste professionelle (niederschwellige) Unterstützung**
Kontakt zu formellen oder halbformellen Unterstützungsangeboten, noch ohne zwingende Diagnose- oder Krisenlogik.
8. **Gezielte Unterstützung bei weiterem Bedarf**
Intensivere Begleitung oder spezifische Hilfen, abgestimmt auf Situation und Entwicklungsphase.
9. **Kontinuität & Übergänge**
Sicherung von Begleitung über System- und Lebensphasenwechsel hinweg.
10. **Langfristige Stabilisierung & gesellschaftliche Teilhabe**
Nachhaltige Entlastung, Entwicklungsperspektiven und soziale Teilhabe für junge Angehörige.



Vor formaler Hilfesuche

1. Alltag & Belastung erleben
2. Selbstwahrnehmung & erste Irritation
3. Entscheidung: Schweigen vs. Andeuten
4. Erste Bezugspersonen im Umfeld (Schule, Peers, Alltag)
5. Wahrnehmen, Einordnen & Deuten durch das Umfeld
6. Orientierung & Triage

Formale Unterstützung

7. Erste professionelle (niederschwellige) Unterstützung
8. Gezielte Unterstützung bei Bedarf
9. Kontinuität & Übergänge
10. Langfristige Stabilisierung & Teilhabe

Abbildung 1: Die zehn Versorgungsschritte

Die Einteilung der Versorgung in zehn idealtypische Versorgungsschritte ist als analytische Prozesslogik zu verstehen. Sie bildet nicht einen normativen oder linearen Verlauf ab, sondern dient dazu, unterschiedliche Phasen sichtbar zu machen, in denen Unterstützung entstehen, aber auch abbrechen kann.

Der gewählte Prozessrahmen greift zentrale Elemente etablierter Modelle der Hilfe- und Hilfesuche im Kindes- und Jugendalter sowie konzeptioneller Zugangsmodelle zur Gesundheitsversorgung auf und adaptiert diese präventionsorientiert für den Kontext junger Angehöriger. Insbesondere werden frühe, informelle und nicht-pathologisierende Phasen der Unterstützung berücksichtigt, die in

klassischen, behandlungsorientierten Versorgungsmodellen häufig unzureichend abgebildet sind (Rickwood et al., 2005; Rickwood & Thomas, 2012; Levesque et al., 2013).

Systemebenen

Ergänzend wurden sechs Systemebenen unterschieden. Sie orientieren sich an sozial-ökologischen Mehrebenenmodellen, die Entwicklung, Belastung und Versorgung als Zusammenspiel verschiedener Ebenen verstehen (Bronfenbrenner, 1979).

1. Individuum (junge Angehörige)
2. Familie / engstes Umfeld
3. Lebensweltnahe Bezugspersonen (z. B. Schule, Ausbildung, Freizeit)
4. Fachpersonen und Institutionen
5. Gesellschaft und Kultur
6. Politik und Systeme

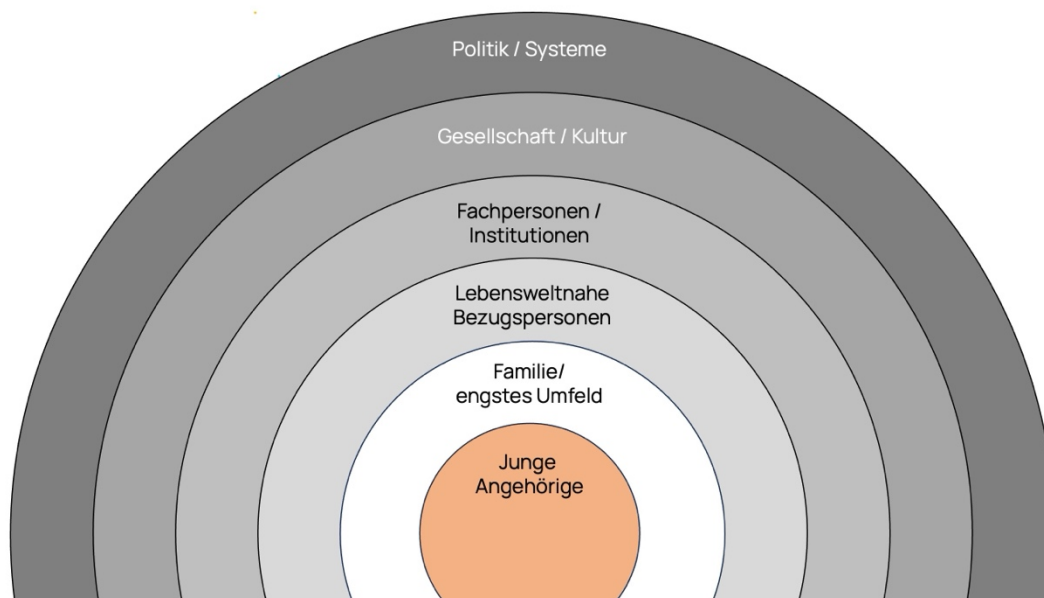


Abbildung 2: Sechs Systemebenen

Diese Ebenen dienen dazu, sichtbar zu machen, auf welcher Ebene Verantwortung, Ressourcen oder Handlungsspielräume liegen. Sie sind nicht hierarchisch im Sinne von Schuldzuweisungen, sondern unterstützen das Verständnis struktureller Zusammenhänge.

Die Versorgungsschritte und Systemebenen wurden nicht aus den Interviews abgeleitet, sondern bewusst als analytischer Rahmen gesetzt. Sie ermöglichen Vergleichbarkeit zwischen den Perspektiven und verhindern, dass sich die Analyse in Einzelfällen verliert.

2.2 Induktive Verdichtung: Wiederkehrende Mechanismen

Innerhalb dieses deduktiven Rahmens wurden die Interviews offen analysiert. Dabei zeigte sich, dass bestimmte Probleme, Dynamiken und Hindernisse über mehrere Versorgungsschritte hinweg und in allen vier Perspektiven immer wieder auftauchen.

Diese wiederkehrenden Muster wurden induktiv aus dem Material heraus verdichtet und als übergeordnete Mechanismen beschrieben. Sie erklären nicht nur, dass Unterstützung abbricht, sondern warum sich diese Abbrüche systematisch wiederholen – selbst dann, wenn engagierte Einzelpersonen oder Angebote vorhanden sind.

Als „Barrieren“ werden im Bericht Faktoren verstanden, die dazu führen, dass Unterstützung für junge Angehörige nicht entsteht, verspätet greift, nur punktuell verfügbar ist oder wieder abbricht – unabhängig davon, ob diese Faktoren auf individueller, familiärer, lebensweltlicher, institutioneller oder struktureller Ebene liegen.

Wichtig ist dabei die analytische Trennung:

- **Versorgungsschritte** beschreiben *wann* und *wo* im Prozess Unterstützung abbricht (Teil III).
- **Mechanismen** erklären *warum* diese Abbrüche über verschiedene Schritte hinweg auftreten (Teil IV).

Die Mechanismen sind damit keine zusätzliche Strukturebene, sondern eine erklärende Querschnittsperspektive. Während die deduktive Raster der Strukturierung dient, wurden die Inhalte der Barrieren und Mechanismen nicht vorab festgelegt, sondern aus dem Interviewmaterial heraus entwickelt.

3. Vorgehen der Analyse

Die Auswertung erfolgte in mehreren Schritten:

1. **Gruppenspezifische Analyse**
Zunächst wurden die Interviews jeder Perspektive separat ausgewertet. Ziel war es, barrierenrelevante Aussagen im jeweiligen Erfahrungshorizont zu erfassen, ohne sie vorschnell mit anderen Perspektiven zu vermischen.
2. **Verdichtung entlang der Versorgungsschritte**
In einem zweiten Schritt wurden die Aussagen entlang der Versorgungsschritte eingeordnet. Dabei wurde sichtbar, an welchen Übergängen im Prozess ähnliche Schwierigkeiten aus unterschiedlichen Perspektiven auftreten.
3. **Perspektivenübergreifende Integration**
Anschliessend wurden die vier Perspektiven zusammengeführt. Dabei standen nicht Unterschiede im Vordergrund, sondern die Frage, wie sich Erfahrungen gegenseitig ergänzen und erklären.
4. **Identifikation wiederkehrender Mechanismen**
Abschliessend wurden jene Muster verdichtet, die über mehrere Schritte hinweg wirksam sind und Versorgung systematisch erschweren. Diese Mechanismen bilden den Kern von Teil IV.

Die Kategorienbildung erfolgte iterativ: Vorläufige Barrieren und Mechanismen wurden wiederholt am Material gespiegelt, über Perspektiven hinweg abgeglichen und in ihrer Trennschärfe überprüft. Mechanismen wurden nur dann als eigenständige Querschnittsmuster beschrieben, wenn sie a) über mehrere Versorgungsschritte hinweg erkennbar waren, b) in mehreren Perspektiven plausibel auftauchten und c) eine eigenständige Wirklogik erkennen liessen.

4. Erkenntnisinteresse und Abgrenzung

Die Analyse verfolgt kein diagnostisches Ziel und pathologisiert junge Angehörige nicht. Im Zentrum steht nicht die Frage, ob junge Angehörige erkranken, sondern unter welchen Bedingungen Unterstützung frühzeitig entstehen kann – oder systematisch ausbleibt.

Ebenso zielt der Bericht nicht auf individuelle Schuldzuweisungen. Die Analyse macht vielmehr sichtbar, wie individuelle Erfahrungen, familiäre Dynamiken, lebensweltliche Kontexte und strukturelle Rahmenbedingungen ineinandergreifen und gemeinsam Unterversorgung erzeugen.

Einschränkend ist zu beachten, dass es sich um eine qualitative, nicht repräsentative Stichprobe handelt und die automatisierte Transkription die sprachliche Genauigkeit einzelner Passagen begrenzt. Ziel der Studie ist daher nicht statistische Verallgemeinerung, sondern die Identifikation wiederkehrender Muster und Barrieren im Versorgungsgeschehen.

TEIL III – BARRIEREN ENTLANG DER VERSORUNGSKETTE

Der Prozess der Hilfesuche und der Erhaltung von Unterstützung besteht idealtypisch aus 10 Versorgungsschritten, welche nicht immer linear laufen und an verschiedenen Stellen abbrechen kann. Die vier Perspektiven, 1) junge Angehörige, 2) ehemalige junge Angehörige, 3) Lebensweltnahe Bezugspersonen und 4) Fachpersonen geben Einblick in die Hindernisse, die sich ihnen entlang der 10 Schritte der Versorgungskette stellen.

Kapitel III geht den beiden Fragen nach: Was hindert junge Angehörige daran, Unterstützung in Anspruch zu nehmen? Was hindert ihr Umfeld daran, junge Angehörige zu unterstützen?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die zehn Versorgungsschritte und ihre zentralen Barrieren. Die anschließenden Abschnitte beschreiben diese detailliert aus vier Perspektiven.

Tabelle 1: Barrieren entlang der Versorgungskette

Versorgungsschritt	Was kippt hier?	Zentrale Barrieren
1. Alltag & Belastung erleben	Belastung wird Normalität	<ul style="list-style-type: none">• Familiäre Gesamtüberlastung• Normalisierung („so ist es halt“)• Frühe Rollenübernahmen (Parentifizierung)
2. Selbstwahrnehmung & erste Irritation	Stress bleibt unbenannt und illegitim	<ul style="list-style-type: none">• Fehlende Sprache für eigene Situation• Selbstzweifel („mit mir stimmt etwas nicht“)• Dauerstress verhindert Reflexion
3. Entscheidung: Schweigen oder Andeuten	Schweigen wird zur Schutzstrategie	<ul style="list-style-type: none">• Loyalitätskonflikt• Scham & Selbststigma• Angst vor Konsequenzen (KESB, Eskalation)
4. Erste Bezugspersonen im Umfeld	Lebensorte bleiben Leistungsräume	<ul style="list-style-type: none">• Trennung der Lebenswelten• Angst vor Anderssein/Ausschluss• Schule als Leistungsraum statt Schutzraum
5. Wahrnehmen, Einordnen & Deuten	Individualisierung statt systemischer Deutung	<ul style="list-style-type: none">• Überfunktionieren verdeckt Belastung• Fehlinterpretationen (Pubertät, Charakter)• Unsicherheit: „Darf ich das ansprechen?“

6. Orientierung & Triage	Orientierungslosigkeit trotz Erkennen	<ul style="list-style-type: none"> • Unübersichtliche Helfelandschaft • Fehlende präventive Zuständigkeit • Angst vor „falschem Schritt“
7. Erste professionelle Unterstützung	Zugang gelingt spät oder zufällig	<ul style="list-style-type: none"> • Schwellenangst/Misstrauen/Scham • Wartezeiten & Kapazitätsmangel • Angebote nicht passend zugänglich
8. Gezielte Unterstützung	Instabilität durch Dynamiken & Systemgrenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Familiendruck unterminiert Hilfe • Fokus auf Person mit Erkrankung statt Kind • Brüche zwischen Erwachsenen-/Jugendbereich
9. Kontinuität & Übergänge	Übergänge als systematische Abbruchstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Wechselnde Bezugspersonen/Institutionen • Informationsverlust • Keine Fallführung („Faden halten“)
10. Langfristige Stabilisierung	Folgen bleiben privatisiert	<ul style="list-style-type: none"> • Langzeitfolgen (Stress, Selbstwert, Gesundheit) • Bildungs-/Berufsbrüche • Fehlende Nachsorge

1. Versorgungsschritt: Alltag & Belastung erleben

Der erste Versorgungsschritt beschreibt keinen bewussten Hilfesuchprozess, sondern den alltäglichen Kontext, in dem Belastung entsteht. Entscheidend ist, dass sich Belastung schleichend aufbaut und früh Teil der Normalität wird. Prävention wäre hier theoretisch möglich – praktisch bleibt sie jedoch häufig aus, weil die Belastung nicht als aussergewöhnlich erkannt wird.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige erleben den belasteten Familienalltag als gegeben. Psychische Erkrankung, Stimmungsschwankungen, Rückzug oder Überforderung der Eltern werden in den Alltag integriert. Viele beschreiben, dass sie früh lernen, aufmerksam zu sein, Spannungen zu antizipieren und sich anzupassen. Belastung wird dabei nicht unbedingt als etwas „Falsches“ erlebt, sondern als Teil des eigenen Lebens.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige berichten rückblickend, dass sie lange keinen Vergleichsmaßstab hatten. Was sie als Kinder erlebt haben, erschien ihnen normal oder zumindest alternativlos. Erst mit zeitlichem Abstand – häufig im Erwachsenenalter – wird deutlich, wie stark sie bereits früh belastet waren und wie sehr ihr Alltag von Verantwortung und emotionaler Unsicherheit geprägt war.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen nehmen in dieser Phase häufig keine klaren Signale wahr. Kinder wirken angepasst, leistungsfähig oder besonders verantwortungsbewusst. Belastung zeigt sich – wenn überhaupt – indirekt und unspezifisch. Ohne eindeutige Hinweise bleibt der Alltag junger Angehöriger für das Umfeld weitgehend unsichtbar.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen verweisen darauf, dass dieser frühe Alltagskontext kaum systematisch erfasst wird. Insbesondere im Erwachsenenversorgungssystem liegt der Fokus auf der erkrankten Person; Kinder werden im Alltag nicht routinemässig mitgedacht. Präventive Zugänge auf dieser Stufe sind selten strukturell verankert.

Zwischenfazit

Bereits im alltäglichen Erleben wird der Grundstein für spätere Versorgungslücken gelegt. Belastung entsteht, ohne als Unterstützungsbedarf erkannt zu werden. Prävention bleibt abstrakt, weil es an systematischer Wahrnehmung und Zuständigkeit fehlt.

2. Versorgungsschritt: Selbstwahrnehmung & erste Irritation

In diesem Schritt geht es um die innere Wahrnehmung von Belastung. Entscheidend ist, ob Stress, Überforderung oder Unsicherheit als persönliches Problem, als vorübergehender Zustand oder als legitimer Unterstützungsbedarf verstanden werden.

Perspektive: Junge Angehörige

Viele junge Angehörige spüren, dass etwas schwierig oder anstrengend ist. Gleichzeitig fehlt häufig eine klare Sprache für das Erleben. Belastung wird internalisiert oder relativiert („anderen geht es schlimmer“, „das gehört halt dazu“). Eigene Bedürfnisse treten in den Hintergrund, während Funktionieren im Vordergrund steht.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige beschreiben, dass sie Warnsignale lange ignoriert oder nicht ernst genommen haben. Erst später erkennen sie, dass Stress, Erschöpfung oder Rückzug keine individuellen Schwächen waren, sondern Reaktionen auf anhaltende Belastung. In der Rückschau wird deutlich, wie früh Überforderung vorhanden war.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen nehmen erste Irritationen teilweise wahr – etwa in Form von Müdigkeit, Rückzug, Absentismus oder Leistungsschwankungen. Diese werden jedoch häufig als entwicklungs- oder situationsbedingt interpretiert. Ohne klare Anhaltspunkte bleibt unklar, ob Unterstützung notwendig ist.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen berichten, dass frühe Signale selten als Hinweis auf familiäre Belastung eingeordnet werden. Ohne spezifisches Wissen oder klare Routinen werden Anzeichen nicht systematisch mit der Lebenssituation in Verbindung gebracht.

Zwischenfazit

Die Selbstwahrnehmung junger Angehöriger bleibt häufig diffus. Belastung wird gespürt, aber nicht als legitimer Unterstützungsbedarf verstanden. Ohne Sprache, Vergleich oder Bestätigung durch das Umfeld entsteht kein klarer Hilfeimpuls.

3. Versorgungsschritt: Entscheidung: Schweigen oder Andeuten

Dieser Schritt markiert eine zentrale innere Entscheidung: Soll Belastung benannt werden – oder nicht? Diese Entscheidung ist selten bewusst, aber hoch wirksam für den weiteren Verlauf.

Perspektive: Junge Angehörige

Viele junge Angehörige entscheiden sich – explizit oder implizit – für Schweigen. Gründe dafür sind vielfältig: der Wunsch, die Familie zu schützen, Angst vor negativen Konsequenzen, Unsicherheit darüber, was passiert, wenn man spricht, oder das Gefühl, selbst nicht wichtig genug zu sein. Schweigen wird so zu einer rationalen Strategie.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige beschreiben, dass Schweigen für sie lange selbstverständlich war. Offenheit erschien riskant oder sinnlos. Erst im Rückblick wird deutlich, wie sehr diese Entscheidung den Zugang zu Unterstützung begrenzt hat.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen berichten, dass Kinder und Jugendliche Belastung selten offen ansprechen. Hinweise bleiben indirekt oder werden relativiert. Ohne klare Offenbarung fällt es schwer, aktiv nachzufragen oder Unterstützung anzubieten.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen sehen Schweigen als zentrales Hindernis für frühe Intervention. Gleichzeitig betonen sie, dass Offenbarung für junge Angehörige mit hohen inneren Hürden verbunden ist und nicht einfach eingefordert werden kann.

Zwischenfazit

Die Entscheidung für Schweigen stellt einen entscheidenden Bruch in der Versorgungskette dar. Ohne Offenbarung oder Andeutung bleibt Belastung privat – und Unterstützung kann nicht entstehen.

4. Versorgungsschritt: Erste Bezugspersonen im Umfeld (Schule, Peers, Alltag)

In diesem Schritt entscheidet sich, ob Belastung, die (wenn auch unausgesprochen) vorhanden ist, im Umfeld Resonanz findet. Schule, Ausbildung, Freizeitkontexte und Peers sind zentrale Lebensorte junger Angehöriger. Sie könnten Schutz-, Entlastungs- und Orientierungsräume sein – werden es aber häufig nicht.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige beschreiben Schule und Peers häufig als Orte der Normalität. Gerade weil der familiäre Alltag belastet ist, wird Schule als Raum erlebt, in dem man „einfach funktionieren“ und dazugehören möchte. Viele berichten, dass sie ihre familiäre Situation bewusst aus diesen Kontexten heraushalten. Offenheit wird als riskant erlebt – aus Angst, anders wahrgenommen zu werden, Mitleid zu erfahren oder ausgegrenzt zu werden.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige bestätigen diese Logik rückblickend. Schule und Freundeskreis waren für viele ein wichtiger Gegenpol zum belasteten Zuhause. Das bewusste Trennen der Lebenswelten wird als Schutzstrategie beschrieben, die kurzfristig stabilisierend wirkte, langfristig jedoch dazu beitrug, dass Unterstützung aus dem Umfeld ausblieb.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen berichten, dass sie Kinder und Jugendliche häufig als leistungsfähig, angepasst oder unauffällig erleben. Auffälligkeiten werden – wenn überhaupt – eher im Leistungs- oder Verhaltensbereich wahrgenommen. Die familiäre Situation bleibt meist unsichtbar. Viele Bezugspersonen beschreiben Unsicherheit darüber, ob sie Belastungen ansprechen dürfen und wie sie reagieren sollen, ohne Grenzen zu überschreiten.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen verweisen darauf, dass lebensweltliche Kontexte wie Schule und Freizeit zwar zentrale Kontaktpunkte sind, jedoch selten systematisch auf familiäre Belastungen vorbereitet sind. Ohne klare Aufträge und Unterstützungsstrukturen bleibt frühe Ansprache dem individuellen Engagement Einzelner überlassen.

Zwischenfazit

Schule und Peers sind zentrale Lebensorte, werden jedoch häufig nicht zu Unterstützungsräumen. Normalitäts- und Leistungslogiken sowie Unsicherheit im Umgang mit Belastung verhindern, dass frühe Hilfeimpulse entstehen.

5. Versorgungsschritt: Wahrnehmen, Einordnen & Deuten durch das Umfeld

Wenn Belastung sichtbar wird – etwa durch Rückzug, Leistungseinbrüche oder Verhaltensänderungen –, entscheidet sich in diesem Schritt, wie diese Signale gedeutet werden. Die Einordnung bestimmt, ob Unterstützung initiiert wird oder ob Belastung individualisiert und relativiert bleibt.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige erleben häufig, dass ihr Verhalten missverstanden wird. Schwierigkeiten werden als persönliche Schwächen, Pubertätsphänomene oder Motivationsprobleme interpretiert. Die Verbindung zur familiären Situation bleibt unausgesprochen oder wird nicht hergestellt. Für die Betroffenen entsteht dadurch kein klarer Rahmen, in dem Unterstützung legitim erscheint.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige berichten, dass sie im Rückblick kaum Situationen erinnern, in denen ihr Erleben systemisch eingeordnet wurde. Probleme wurden eher individualisiert oder als temporär betrachtet. Eine explizite Anerkennung der familiären Belastung blieb meist aus.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen beschreiben, dass ihnen oft das Wissen oder die Sicherheit fehlt, familiäre Belastungen als möglichen Hintergrund von Verhalten mitzudenken. Ohne entsprechende Sensibilisierung oder fachliche Unterstützung bleibt die Einordnung unscharf. Gleichzeitig besteht Sorge, vorschnell zu interpretieren oder falsche Annahmen zu treffen.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen betonen, dass eine systemische Einordnung – also das Mitdenken familiärer Belastungen – in vielen Kontexten nicht routinemässig erfolgt. Insbesondere ausserhalb spezialisierter Angebote fehlt häufig ein gemeinsamer Deutungsrahmen, der junge Angehörige als eigenständige Zielgruppe sichtbar macht.

Zwischenfazit

Die Einordnung von Belastung ist ein entscheidender Drehpunkt. Wird Verhalten individualisiert statt systemisch verstanden, entsteht kein klarer Unterstützungsauftrag – selbst dann, wenn Belastung sichtbar ist.

6. Versorgungsschritt: Orientierung & Triage

In diesem Schritt geht es darum, ob aus wahrgenommener und eingeordneter Belastung konkrete Orientierung entsteht: Wer ist zuständig? Wohin kann man sich wenden? Welche Unterstützung ist möglich – auch präventiv?

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige berichten häufig, dass sie nicht wissen, an wen sie sich wenden könnten. Angebote sind unübersichtlich oder unbekannt. Gleichzeitig bestehen Unsicherheiten darüber, was Unterstützung auslösen könnte und welche Konsequenzen damit verbunden sind. Orientierungslosigkeit verstärkt Rückzug und Passivität.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige schildern rückblickend, dass fehlende Orientierung ein zentrales Hindernis war. Selbst wenn der Wunsch nach Unterstützung vorhanden gewesen wäre, fehlten klare, niedrigschwellige Zugänge. Hilfe erschien zufällig und abhängig von einzelnen Personen.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen berichten, dass sie oft nicht wissen, wohin sie Kinder oder Jugendliche weiterleiten können. Präventive Angebote sind wenig bekannt, Zuständigkeiten unklar. Die Angst, „falsch“ zu triagieren, Verantwortung abzugeben, führt dazu, dass Fälle nicht weiterverfolgt werden.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen beschreiben ein fragmentiertes System mit vielen Angeboten, aber wenig Übersicht und Koordination. Ohne klare Triage- und Weiterleitungsstrukturen entsteht keine verlässliche Versorgungskette. Präventive Zugänge sind besonders wenig institutionalisiert.

Zwischenfazit

Orientierung und Triage stellen einen zentralen Engpass dar. Auch wenn Belastung erkannt wird, scheitert Unterstützung häufig daran, dass niemand zuverlässig weiss, wer zuständig ist und wie der nächste Schritt aussehen könnte. Orientierungslosigkeit verstärkt Rückzug und Passivität.

7. Versorgungsschritt: Erste professionelle (niederschwellige) Unterstützung

In diesem Schritt entscheidet sich, ob aus Orientierung tatsächlich ein Zugang zu Unterstützung wird. Gemeint sind nicht nur therapeutische Angebote, sondern auch niederschwellige, präventive Unterstützungsformen (Beratung, Begleitung, psychosoziale Angebote), die vor einer formalen Behandlung ansetzen.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige beschreiben professionelle Stellen häufig als fremd, einschüchternd oder schwer zugänglich. Selbst wenn Unterstützung theoretisch bekannt ist, bestehen Hemmungen, diese in Anspruch zu nehmen: Angst vor Stigmatisierung, vor Kontrollverlust oder davor, dass „etwas in Gang gesetzt wird“, das nicht mehr steuerbar ist. Viele erleben professionelle Hilfe nicht als für sie gedacht, sondern als etwas für „Kranke“ oder „Problemfälle“.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige berichten rückblickend, dass professionelle Unterstützung oft sehr spät oder erst im Krisenmodus erfolgte. Niederschwellige Zugänge, die Entlastung ohne Eskalation ermöglicht hätten, waren kaum sichtbar oder nicht vorhanden. Hilfe wurde als punktuell, zufällig oder abhängig von einzelnen engagierten Personen erlebt.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen schildern, dass sie zwar an professionelle Stellen verweisen möchten, jedoch mit langen Wartezeiten, komplexen Zugangsbedingungen oder Unsicherheiten konfrontiert sind. Ohne klare Rückmeldeschlaufen verlieren sie den Überblick darüber, ob Unterstützung tatsächlich zustande kommt.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen beschreiben strukturelle Zugangshürden: hohe Fallzahlen, begrenzte Kapazitäten und institutionelle Logiken, die Prävention erschweren. Niederschwellige Angebote sind oft projektbasiert, zeitlich begrenzt oder regional unterschiedlich verfügbar. Dadurch entsteht kein verlässlicher Zugangspfad für junge Angehörige.

Zwischenfazit

Der Übergang von Orientierung zu tatsächlicher Unterstützung ist hoch fragil. Angst vor negativen Konsequenzen, Systemüberlastung

und fehlende passgenaue Angebote führen dazu, dass Hilfe häufig verzögert oder gar nicht beginnt. Niederschwellige Zugänge, die Entlastung ohne Eskalation ermöglicht hätten, waren kaum sichtbar oder nicht vorhanden.

8. Versorgungsschritt: Gezielte Unterstützung bei Bedarf

Wenn Unterstützung beginnt, entscheidet sich hier, ob sie stabilisierend wirkt oder durch familiäre Dynamiken und Systemgrenzen unterlaufen wird. Unterstützung muss nicht nur fachlich passend sein, sondern auch in den Alltag integrierbar bleiben.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige erleben Unterstützung ambivalent. Einerseits kann sie entlastend sein, andererseits entsteht Loyalitätsdruck gegenüber der Familie. Unterstützung wird teilweise abgebrochen, relativiert oder verborgen, um familiäre Spannungen zu vermeiden. Manche fühlen sich in Angeboten nicht ausreichend verstanden oder als „Randthema“ mitgeführt.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige berichten, dass Unterstützung häufig instabil war. Familiäre Krisen, Wechsel von Fachpersonen oder institutionelle Grenzen führten dazu, dass Begleitung unterbrochen oder nicht vertieft werden konnte. Nachhaltige Wirkung blieb oft aus.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen erleben, dass sie während laufender Unterstützung häufig nicht eingebunden sind. Informationen fehlen, Abstimmungen sind unklar. Dadurch entstehen parallele Systeme ohne Verbindung – Schule, Familie und professionelle Hilfe laufen nebeneinander her.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen beschreiben, dass gezielte Unterstützung häufig durch Ressourcenknappheit, fehlende Koordination oder unklare Verantwortlichkeiten begrenzt wird. Familiendynamiken, insbesondere Loyalitätskonflikte, erschweren die Arbeit zusätzlich, ohne dass dafür ausreichend Zeit oder Rahmen vorgesehen ist.

Zwischenfazit

Selbst wenn Unterstützung beginnt, bleibt sie häufig fragil. Ohne systemische Einbettung und Koordination kann sie die zugrunde liegenden Belastungen nur begrenzt auffangen.

9. Versorgungsschritt: Kontinuität & Übergänge

In diesem Schritt entscheidet sich, ob Unterstützung nachhaltig wirkt. Übergänge – etwa Schulwechsel, Ausbildungsbeginn oder institutionelle Wechsel – sind besonders sensible Phasen, in denen Versorgung häufig abbricht.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige erleben Übergänge als destabilisierend. Vertrauensvolle Beziehungen brechen ab, neue Kontakte müssen mühsam aufgebaut werden. Viele berichten, dass sie in solchen Phasen wieder stärker auf sich selbst zurückgeworfen sind.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige schildern, dass Unterstützung selten über Übergänge hinweg erhalten blieb. Gerade in Entwicklungsphasen mit hoher Belastung (z. B. Ablösung, Berufseinstieg) fehlte kontinuierliche Begleitung.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen erleben Übergänge als Bruchstellen, an denen Informationen verloren gehen. Neue Kontexte wissen oft nichts von früheren Belastungen oder Unterstützungsprozessen. Verantwortung wird nicht aktiv übergeben.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen benennen fehlende Übergangs- und Case-Management-Strukturen als zentrales Problem. Unterstützung ist häufig institutionsgebunden statt personenbezogen organisiert. Dadurch entstehen Versorgungslücken genau dort, wo Stabilität besonders wichtig wäre.

Zwischenfazit

Kontinuität ist eine der grössten Schwachstellen der Versorgung. Übergänge werden systematisch unterschätzt, obwohl sie für junge Angehörige besonders belastend sind.

10. Versorgungsschritt: Langfristige Stabilisierung & Teilhabe

Der letzte Schritt betrifft die Frage, ob junge Angehörige langfristig stabilisiert werden und gesellschaftliche Teilhabe gelingt – oder ob Belastungen privat bleiben und sich in Biografien fortschreiben.

Perspektive: Junge Angehörige

Junge Angehörige verfügen oft über hohe Kompetenzen, erleben aber gleichzeitig Unsicherheit, Erschöpfung und eingeschränkte Zukunftsperspektiven. Unterstützung endet häufig, bevor nachhaltige Stabilisierung erreicht ist.

Perspektive: Ehemalige junge Angehörige

Ehemalige junge Angehörige berichten von langfristigen Folgen: psychische Belastungen, instabile Bildungs- oder Erwerbsverläufe, Schwierigkeiten in Beziehungen. Viele erleben, dass ihre frühere Verantwortung gesellschaftlich kaum anerkannt wird.

Perspektive: Lebensweltnahe Bezugspersonen

Lebensweltnahe Bezugspersonen nehmen Brüche in Bildungs- und Lebensverläufen wahr, haben jedoch wenig Möglichkeiten, langfristig zu begleiten. Nachsorge ist selten institutionalisiert.

Perspektive: Fachpersonen

Fachpersonen beschreiben, dass langfristige Begleitung für junge Angehörige strukturell kaum vorgesehen ist. Nach Abschluss von Massnahmen fehlt häufig eine Anschlusslogik, die Teilhabe und Entwicklung nachhaltig sichert.

Zwischenfazit

Langfristige Stabilisierung bleibt oft aus. Die Verantwortung für Bewältigung und Anpassung wird an die Betroffenen selbst delegiert – mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgekosten.

ZWISCHEN DEN STRUKTUREN: VIER PERSPEKTIVEN AUF GELEBTE REALITÄT

Teil III hat gezeigt, wo Unterstützung entlang der Versorgungskette abbricht. Die folgenden verdichteten Interviewstimmen machen diese analytischen Befunde konkret erlebbar. Vier Perspektiven – aktuell betroffene junge Angehörige, ehemalige junge Angehörige, lebensweltnahe Bezugspersonen und Fachpersonen – zeigen, wie sich strukturelle Barrieren im Alltag manifestieren und wie Versorgungslücken subjektiv erfahren werden.

Die Stimmen sind thematisch verdichtet und nicht einzelnen Personen zugeordnet. Sie stehen stellvertretend für wiederkehrende Muster, die in den Interviews sichtbar wurden.

1. Junge Angehörige: Leben im Jetzt – Daueranspannung, Unsichtbarkeit, Trennung der Welten

Daueranspannung: Alltag im Alarmmodus

- *„Mein Leben fühlt sich an wie endlose Wellen. Kaum kommst Du hoch, kommt die nächste Welle und drückt dich wieder runter.“*
- *„Ich hatte Panikattacken mit 12.“*
- *„Man ist ständig am Prüfen: Ist heute ein guter Tag oder ein schlechter?“*

Belastung ist nicht punktuell, sondern oft chronisch – und sie betrifft nicht nur „Sorgen“, sondern Körper, Sicherheit und Alltag.

Funktionieren und Unsichtbarkeit nach aussen

- *„Ich kann nicht einfach zusammenbrechen. Das geht nicht.“*
- *„Ich halte das zusammen. Und wenn ich es nicht tue, weiss ich nicht, wer es sonst tut.“*
- *„Ich wollte nicht auffallen. Ich wollte einfach nur, dass niemand merkt, wie es bei uns ist.“*

Eigene Bedürfnisse verschwinden

- *„Ich schaue immer zuerst, wie es den anderen geht. Erst dann merke ich, wie es mir geht.“*
- *„Es gab nie jemanden, der gefragt hat, wie es mir geht.“*

Das „Funktionieren“ ist oft eine Überlebensstrategie. Es schützt kurzfristig – macht Bedarf aber gleichzeitig unsichtbar.

Trennung als Schutz: Schule und Alltag als „anderes Leben“

- *„Ich glaube, zu dem Zeitpunkt habe ich das einfach alles verdrängt. Ich wollte in der Schule nicht auch noch damit zu tun haben.“*
- *„Ich habe das Gefühl, ich habe es immer sehr gut geschafft, das zu trennen.“*
- *„Es hat mir gutgetan, zu lernen, mein Leben individuell zu führen und abzuspalten von dieser Situation zu Hause.“*

Schule/Peers können Ressource sein – aber oft nur, wenn die familiäre Realität ausgeblendet bleibt.

Ressourcen, die tragen (wenn sie zugänglich sind)

- *„Was immer schön ist, ist es, Leute zu treffen, die in der gleichen Situation sind.“*
- *„Mein Bruder und ich – wir haben uns gegenseitig am Leben gehalten.“*
- *„Meine Kunsttherapeutin ist wie mein Gotti oder Vize-Grossmutter.“*

Nicht „das perfekte Angebot“ ist entscheidend, sondern Beziehung, Zugehörigkeit, Entlastung.

2. Ehemalige junge Angehörige: Rückblick – Sprachlosigkeit, zwei Leben, Langzeitwirkung und späte Einordnung

Daueranspannung im Rückblick: immer auf Empfang

- *„Ich war nicht einfach belastet. Ich war die ganze Zeit auf Empfang. Immer.“*

Im Rückblick beschreiben viele weniger einzelne Krisen als einen dauerhaften Alarmzustand – ein ständiges Antizipieren und Mitdenken, das erst später als Belastung eingeordnet werden kann.“

Sprachlosigkeit, Isolation und das Gefühl, nicht gesehen zu werden

- *„Es gab keine Sprache dafür, nur ein diffuses Gefühl von Scham.“*
- *„Ich wusste nur, dass etwas nicht stimmt, aber niemand hat je darüber gesprochen.“*
- *„Ich hab mich so allein gefühlt mit dieser Unsicherheit, was mit meiner Mutter los ist.“*
- *„Ich habe mich oft wie ein unsichtbares Kind gefühlt.“*
- *„Ich wusste, irgendetwas ist falsch, aber ich dachte, ich bin das Problem.“*

Ohne Sprache wird Belastung privat. Und aus Unklarheit wird häufig Selbstschuld.

Loyalität, Geheimhaltung und die Moral des Schweigens

- *„Darüber zu reden, hätte sich wie Verrat angefühlt.“*
- *„Es war, als würde ich ein Familiengeheimnis mit mir herumtragen, das niemand sehen durfte.“*
- *„Ich wollte nicht, dass jemand merkt, wie es bei uns ist.“*

Schweigen ist oft kein „Nicht-Wollen“, sondern ein ethischer Schutzreflex: Familie bewahren, Eskalation vermeiden.

Sehnsucht nach Anerkennung – und wie wenig manchmal reichen würde

- *„Es wäre wichtig gewesen, wenn einfach mal jemand gefragt hätte, wie es mir geht.“*

- *„Es wäre schon cool gewesen, wenn jemand da gewesen wäre, der gesagt hätte: Das war eine schlimme Erfahrung.“*
- *„Ich wünsche mir, dass Kinder wie ich nicht mehr übersehen werden.“*
- *„Unterstützung kam von einem erwachsenen Menschen, der mir keine Entscheidungen abnahm, aber immer wieder die Hand reichte, egal wie oft ich sie ausschlug.“*
- *„Er hat nichts gelöst. Aber er ist gekommen.“*

„Wirksam“ ist oft nicht das Spektakuläre – sondern verlässliche Präsenz, die bleibt.

Stärke als Zwang (nicht als Wahl): Funktionieren, bis es nicht mehr geht

- *„Ich war stark, weil ich musste. Nicht weil ich es wollte.“*
- *„Ich habe jahrelang funktioniert, aber innerlich war ich leer.“*
- *„Ich musste erst lernen, dass ich nicht allen genügen muss.“*
- *„Ich hatte so einen wahnsinnig festen inneren Drang, so zu sein wie alle anderen.“*

Diese Form von ‚Stärke‘ ist selten Ausdruck von Wahlfreiheit oder Ressourcenfülle, sondern von Zwang und fehlender Alternative. Viele kommen nach aussen zurecht, bezahlen dies aber innerlich mit Erschöpfung, Leere oder späteren Folgewirkungen.

Späte Einordnung und Therapie als Ort, an dem Sprache entsteht

- *„Meine Rettung war meine Therapie, sie hat mir eine Sprache für das gegeben, was ich erlebt habe.“*
- *„Ich habe lange gedacht, ich bin falsch, bis ich verstanden habe, was eigentlich passiert ist. Erst in der Therapie habe ich verstanden, dass ich nicht schuld bin.“*
- *„Heute weiss ich: Ich darf darüber sprechen.“*
- *„Dass ich heute darüber sprechen kann, heisst nicht, dass es vorbei ist.“*

Ein grosser Teil der „Versorgung“ passiert zu spät – häufig erst, wenn Belastung längst biografisch wirksam wurde.

Systemkritik und Verantwortungsfrage

- *„Heute weiss ich: Ich war nicht falsch. Das System war es.“*
- *„Die Schule hat weggeschaut. Vielleicht wussten sie es, aber sie haben nichts getan.“*
- *„Ich wusste nicht, wie man sich Hilfe holt, wo man Hilfe holt, wie man Hilfe ablehnt, wenn sie nicht passt.“*

Wenn Zuständigkeiten unklar sind, wird Verantwortung privatisiert – und Kinder tragen die Folgen.

3. Lebensweltnahe Bezugspersonen: Sehen ohne Auftrag – Nähe ohne Zuständigkeit

Wahrnehmen, aber nicht „benennen dürfen“

- *„Man hat das Gefühl, da stimmt etwas nicht, aber man darf es nicht benennen.“*
- *„Man merkt sehr genau, wenn ein Kind etwas trägt, das zu schwer ist.“*
- *„Diese Kinder sind oft Meister im Tarnen. Und wir sehen es erst, wenn sie ausbrennen.“*

Lebensweltnahe Bezugspersonen sind oft am nächsten dran – aber ohne klare Legitimation wird das Erkennen zur Ohnmacht.

Dilemma: Zu spät, wenn Schuld und Selbstabwertung schon greifen

- *„Wenn Kinder beginnen, sich selbst die Schuld zu geben, und wir es nicht bemerken, dann ist es eigentlich schon zu spät.“*

Prävention ist zeitkritisch – aber genau dafür fehlen Routinen, Kompetenzen und sichere Wege.

Was fehlt: Werkzeuge, Auftrag, Normalisierung

- *„Wir brauchen Werkzeuge, nicht nur Bauchgefühl.“*
- *„Ich wünsche mir, dass psychische Gesundheit ein Schulthema wird, wie Ernährung oder Sexualität.“*
- *„Ich wünsche mir, dass psychische Erkrankung genauso thematisiert wird wie ein gebrochener Arm.“*

Lebenswelten können Schlüsselorte sein – wenn sie befähigt werden, statt allein gelassen.

4. Fachpersonen: Beziehung wirkt – aber Strukturen fehlen (und Ressourcen sind am Anschlag)

Beziehung als Wirkfaktor: „nicht das Konzept, sondern das Dasein“

- *„Was hilft, ist nicht das Konzept, sondern die Beziehung.“*
- *„Es braucht Menschen und Beziehungen, die bleiben, nicht nur Projekte mit einem Ablaufdatum.“*
- *„Wenn nur schon eine Person wirklich da ist kann das Kind überleben.“*
- *„Wenn ein Kind zum ersten Mal merkt: Ich bin nicht allein, das verändert alles.“*
- *„Ich erlebe, wie erleichtert Kinder sind, wenn jemand sagt: Es ist nicht deine Schuld.“*

Fachlichkeit zeigt sich nicht nur in Methoden, sondern in Beziehungsarbeit – und die braucht Zeit und Kontinuität.

Systemgrenzen und politische Leerstelle

- *„Ich bin enttäuscht von der Schweiz, Prävention hat keinen Stellenwert.“*
- *„Es braucht mehr als Sensibilisierung, es braucht Strukturen.“*
- *„Wir wissen oft, was zu tun wäre, aber es gibt keinen Ort, um es zu tun.“*
- *„Ressourcen: alle sind vollkommen am Anschlag.“*
- *„Wenn man sensibilisiert, aber keine Hilfe bieten kann, ist das schlimmer, als nichts zu tun.“*

Engagement ist da – aber ohne Systementscheidungen bleibt Hilfe zufällig, spät oder brüchig.

KESB-Angst und Zugangshürden

- *„Eltern haben oft mehr Angst vor dem System als vor ihrer Erkrankung.“*

Angst vor Konsequenzen wirkt als Gatekeeper – nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Eltern und Umfeld.

Diese Stimmen zeigen: Unterversorgung ist nicht abstrakt. Sie wird alltäglich erlebt – als Sprachlosigkeit, Daueranspannung, Unsichtbarkeit trotz Nähe, strukturelle Überforderung trotz Engagement. Teil IV analysiert nun, welche übergeordneten Wirkmechanismen diese Erfahrungen über Perspektiven und Versorgungsschritte hinweg verbinden.

TEIL IV – ÜBERGEORDNETE WIRKMECHANISMEN UND WIEDERKEHRENDE MUSTER

Die in Teil III beschriebenen Barrieren treten nicht isoliert auf. Vielmehr zeigt die Analyse der Interviews aller vier Perspektiven, dass sich entlang der Versorgungskette wiederkehrende Muster und Wirkmechanismen ausbilden, die dazu führen, dass Unterstützung für junge Angehörige häufig zu spät, nur punktuell oder gar nicht greift.

Diese Mechanismen wurden induktiv aus dem Material herausgearbeitet. Sie erklären nicht einzelne Hindernisse, sondern die systematische Reproduktion von Unterversorgung – unabhängig davon, wie engagiert einzelne Personen oder Institutionen handeln.

Teil IV beantwortet damit die zentrale Frage: Warum bricht Unterstützung immer wieder an ähnlichen Stellen ab – selbst dort, wo Sensibilität und Angebote grundsätzlich vorhanden wären?

Die analytische Trennung einzelner Wirkmechanismen dient der Verständlichkeit. In der Lebensrealität junger Angehöriger treten diese Dynamiken jedoch häufig gleichzeitig und miteinander verschränkt auf. Viele Betroffene beschreiben ambivalente Erfahrungskonstellationen – etwa Liebe und Überforderung, Loyalität und Wut, Stärke und Erschöpfung, Kompetenz und Unsicherheit. Diese Ambivalenzen sind kein Widerspruch, sondern ein zentrales Merkmal der Situation. Sie tragen wesentlich dazu bei, dass Belastung nach aussen schwer erkennbar bleibt und Unterstützung in frühen Phasen häufig nicht aktiviert wird.

Kumulative Dynamik: Viele kleine Abbrüche statt ein einzelnes Scheitern

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist, dass die Versorgungskette selten an einem einzelnen Punkt „reißt“. Unterversorgung entsteht vielmehr durch eine kumulative Dynamik mehrerer kleiner Abbrüche, die sich über Zeit und Ebenen hinweg gegenseitig verstärken.

- Belastung wird erlebt, aber nicht reflektiert.
- Verantwortung wird übernommen, ohne Entlastung zu suchen.
- Anpassung verdeckt Unterstützungsbedarf.
- Erleben bleibt sprachlos und ungeordnet.
- Zentrale Lebensorte bleiben ungenutzt.
- Zuständigkeiten bleiben unklar.
- Unterstützung bleibt fragmentiert.

Jeder dieser Schritte ist für sich erklärbar. In ihrer Abfolge und Verdichtung führen sie jedoch dazu, dass junge Angehörige häufig erst dann Unterstützung erhalten, wenn Belastungen eskalieren oder das Funktionieren zusammenbricht. Prävention scheitert somit nicht an mangelndem Willen, sondern an der Akkumulation strukturell begünstigter Abbrüche.

1. Wirkmechanismus: Unsichtbarkeit & Schweigen

Ein zentraler Wirkmechanismus für fehlende Unterstützung ist die systematische Unsichtbarkeit der Belastung junger Angehöriger. Diese entsteht nicht primär durch aktives Verbergen, sondern durch Anpassungsleistungen, die gesellschaftlich positiv bewertet sind: Verantwortung übernehmen, funktionieren, leistungsfähig sein.

Für junge Angehörige ist Unsichtbarkeit eine Schutzstrategie. Sie dient dazu, Zugehörigkeit zu sichern, Konflikte zu vermeiden und zusätzliche Belastung von der Familie fernzuhalten. Gleichzeitig verhindert sie, dass Unterstützungsbedarf für das Umfeld und das Versorgungssystem erkennbar wird.

Damit entsteht ein paradoxes Muster: Gerade jene jungen Angehörigen, die am stärksten funktionieren, werden am seltensten erreicht.

2. Wirkmechanismus: Loyalität & Parentifizierung

Viele junge Angehörige übernehmen früh emotionale, organisatorische oder praktische Verantwortung. Diese Parentifizierung ist eng mit einem Loyalitätskonflikt verbunden: Unterstützung zu suchen wird als potenzielle Gefährdung der Familie erlebt.

Loyalität bindet Kinder an das Familiensystem – auch dann, wenn dieses sie überfordert. Hilfe erscheint moralisch ambivalent oder gefährlich. Dadurch wird Offenlegung vermieden und Unterstützung verzögert.

Dieser Mechanismus wirkt stabilisierend für das System Familie, jedoch destabilisierend für die Entwicklung des Kindes und stellt eine zentrale Barriere für präventive Unterstützung dar.

3. Wirkmechanismus: Stigma, Schuld & Angst vor Konsequenzen

Psychische Erkrankung ist weiterhin mit Scham, Schuld und Angst besetzt. Junge Angehörige berichten von der Sorge, ausgegrenzt zu werden oder durch Offenlegung negative Konsequenzen auszulösen – insbesondere institutionelle Eingriffe.

Diese Angst betrifft nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene im Umfeld. Lebensweltnahe Bezugspersonen und Fachpersonen zögern, Belastungen anzusprechen, aus Sorge vor Eskalation, Vertrauensverlust oder rechtlichen Folgen.

Stigma wirkt damit als Schliessmechanismus über alle Ebenen hinweg und verstärkt Schweigen, Unsichtbarkeit und Rückzug.

4. Wirkmechanismus: Fragmentierung & fehlende Zuständigkeit

Die Versorgung junger Angehöriger ist stark fragmentiert. Systeme arbeiten nebeneinander statt miteinander, Zuständigkeiten sind unklar, Übergänge brüchig. Verantwortung wird weitergereicht oder bleibt unbesetzt.

Orientierung ist erschwert, präventive Triage fehlt, und selbst bei gelungener Kontaktaufnahme entstehen neue Bruchstellen. Unterstützung wird damit zufällig und abhängig von Einzelengagement.

Unterversorgung entsteht hier nicht durch fehlende Angebote, sondern durch fehlende Verantwortungskontinuität.

5. Wirkmechanismus: Ressourcenmangel & strukturelle Überlastung

Überlastung prägt nahezu alle relevanten Systeme: Schule, Sozialarbeit, Jugendhilfe, Psychiatrie. Zeitmangel, hohe Fallzahlen und fehlende spezialisierte Angebote begrenzen präventives Handeln.

Fachpersonen berichten, dass sie häufig wissen, was fachlich notwendig wäre, es jedoch strukturell nicht umsetzen können. Prävention wird zur Zusatzaufgabe ohne Ressourcen.

Damit wird Unterversorgung zu einem strukturellen Notstand, nicht zu einem individuellen Versagen.

6. Wirkmechanismus: Lebensweltliche Unsichtbarkeit & fehlende psychosoziale Kompetenz

Schule, Ausbildung und Peers sind zentrale Lebensorte junger Angehöriger. Gleichzeitig fehlen dort oft psychosoziale Kompetenz, klare Aufträge und sichere Routinen, um Belastungen systematisch zu erkennen und anzusprechen.

Belastung wird häufig individualisiert oder als Leistungsproblem interpretiert. Junge Angehörige schützen diese Lebensbereiche bewusst als Orte von Normalität und Selbstwirksamkeit – was kurzfristig stabilisierend, langfristig jedoch präventive Zugänge erschwert.

Damit bleiben zentrale Lebensorte ungenutzte Schlüsselstellen für frühe Unterstützung.

7. Wirkmechanismus: Politisch-gesellschaftliche Unsichtbarkeit

Junge Angehörige sind in Politik und Öffentlichkeit bislang nur begrenzt als Zielgruppe sichtbar. Es fehlen kontinuierliche Datengrundlagen, klare Zielsetzungen und eine breite gesellschaftliche Sensibilisierung. Das begünstigt eine implizite Privatisierung der Belastung: Verantwortung bleibt vorwiegend bei Familien und einzelnen engagierten Fachpersonen.

Entsprechend ist Prävention vielerorts nicht verbindlich in Strukturen und Finanzierung abgesichert. Wo Zuständigkeiten und Standards fehlen und Angebote primär projektbasiert bleiben, entstehen keine verlässlichen Zugänge – insbesondere unter systemischer Überlastung. Politisch-gesellschaftliche Unsichtbarkeit wirkt damit als Verstärker der übrigen Mechanismen und stabilisiert Unterversorgung trotz vorhandener fachlicher Einsicht.

8. Übergreifendes Wirkmodell: Wie sich Unterversorgung stabilisiert

Die Analyse zeigt ein Zusammenspiel zweier Bewegungen, die sich gegenseitig verstärken und eine systematische Versorgungslücke erzeugen:

Top-Down-Druck: Von der Politik bis zur Familie

Fehlende politische Priorisierung führt zu chronisch überlasteten Systemen. Diese Überlastung setzt sich fort in die Lebenswelt – Schule, Sozialarbeit, Gesundheitswesen – wo Fachpersonen und lebensweltnahe Bezugspersonen an strukturelle Grenzen stossen. Der kumulative Druck verdichtet

sich schliesslich in der Familie, wo psychische Erkrankung auf instabile Rahmenbedingungen trifft. Junge Angehörige erleben diesen Druck als Dauerbelastung im Alltag.

Bottom-Up-Barrieren im Zugang: Warum Unterstützung nicht entsteht

Gleichzeitig entwickeln junge Angehörige – als rationale Anpassung an ihre Situation – Strategien, die kurzfristig stabilisieren, langfristig jedoch den Zugang zu Unterstützung blockieren: Loyalität zur Familie führt zu Schweigen, Schweigen führt zu Unsichtbarkeit, Unsichtbarkeit verhindert, dass Belastung erkannt und als Unterstützungsbedarf verstanden wird. Selbst wenn lebensweltnahe Bezugspersonen Signale wahrnehmen, fehlen ihnen Auftrag, Sprache und sichere Wege, um Unterstützung zu initiieren.

Die Versorgungslücke: Wo beide Bewegungen sich treffen

Zwischen diesen beiden Bewegungen öffnet sich eine Versorgungslücke. Junge Angehörige fallen durch diese Lücke – nicht weil sie „nicht wollen“ oder weil „niemand hilft“, sondern weil strukturelle Bedingungen von oben und Anpassungsdynamiken von unten systematisch zusammenwirken und frühe Unterstützung verhindern.

Die folgende Abbildung visualisiert diese Doppelbewegung:

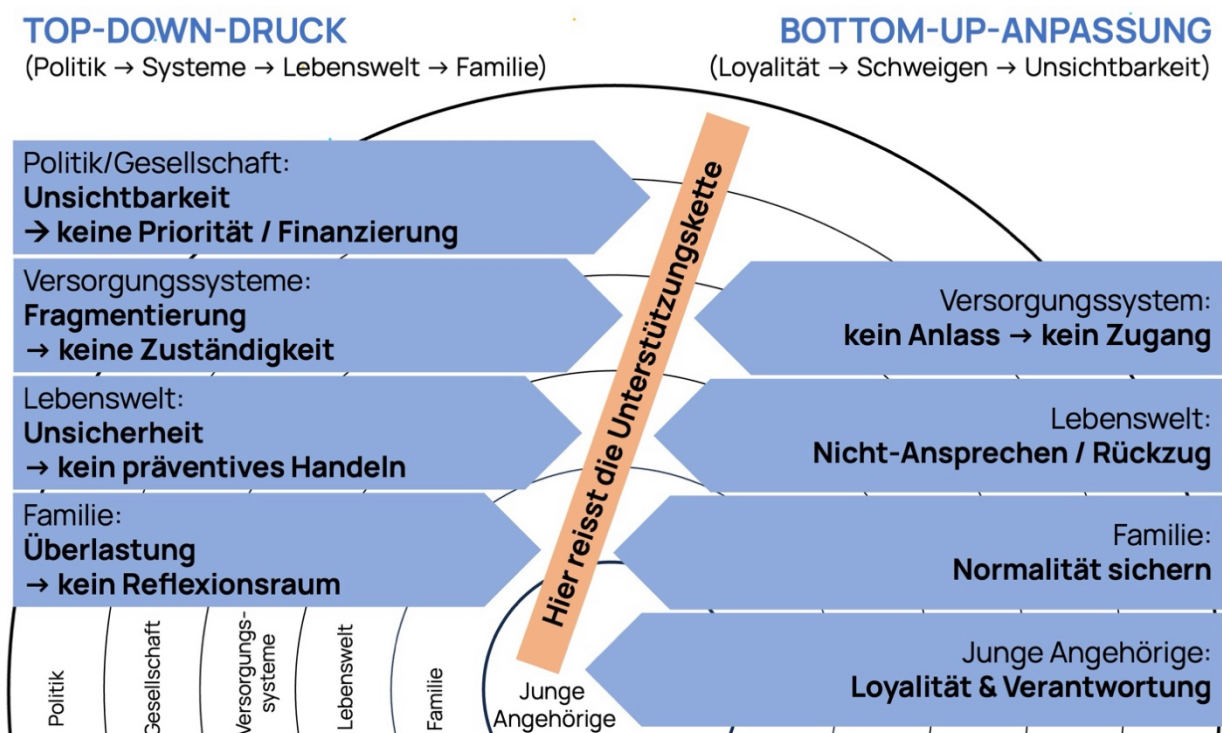


Abbildung 3: Doppelte Dynamik der Unterversorgung

Gesamtfazit von Teil IV

Die Unterversorgung junger Angehöriger ist kein individuelles Versagen – weder der betroffenen Kinder noch ihres Umfelds oder einzelner Fachpersonen. Sie ist das Ergebnis stabiler, sich gegenseitig verstärkender Wirkmechanismen, die auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig wirken.

Prävention scheitert dabei nicht an fehlender Einsicht, sondern an strukturellen Bedingungen:

- Politische Unsichtbarkeit erzeugt Ressourcenmangel
- Ressourcenmangel begrenzt lebensweltliche Präventionsarbeit
- Fehlende Zuständigkeiten verhindern frühe Orientierung
- Loyalität und Schweigen machen Belastung unsichtbar
- Unsichtbarkeit wird als „Funktionieren“ fehlgedeutet
- Und der Kreislauf stabilisiert sich.

Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für Teil V, in dem präventive Handlungsfelder und Interventionsfenster entlang der Versorgungskette abgeleitet werden. Denn: Wo Mechanismen erkannt sind, können sie auch durchbrochen werden – wenn Veränderungen an den richtigen Stellen ansetzen.

TEIL V – PRÄVENTIVE HANDLUNGSFELDER ENTLANG DER VERSORGUNGSKETTE

Teil V übersetzt die in Teil III und IV dargestellte Barrieren- und Mechanismenanalyse in präventive Handlungsfelder. Er beantwortet nicht die Frage *wie* konkrete Angebote aussehen sollen, sondern *wo* und *warum* Prävention systematisch ansetzen muss, um Unterversorgung junger Angehöriger zu verhindern.

Die folgenden fünf Handlungsfelder sind keine isolierten Massnahmen, sondern strategische Ansatzpunkte, die mehrere Barrieren und Mechanismen gleichzeitig adressieren. Sie bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung von Interventionen, Angebotsstrukturen und politischen Rahmenbedingungen.

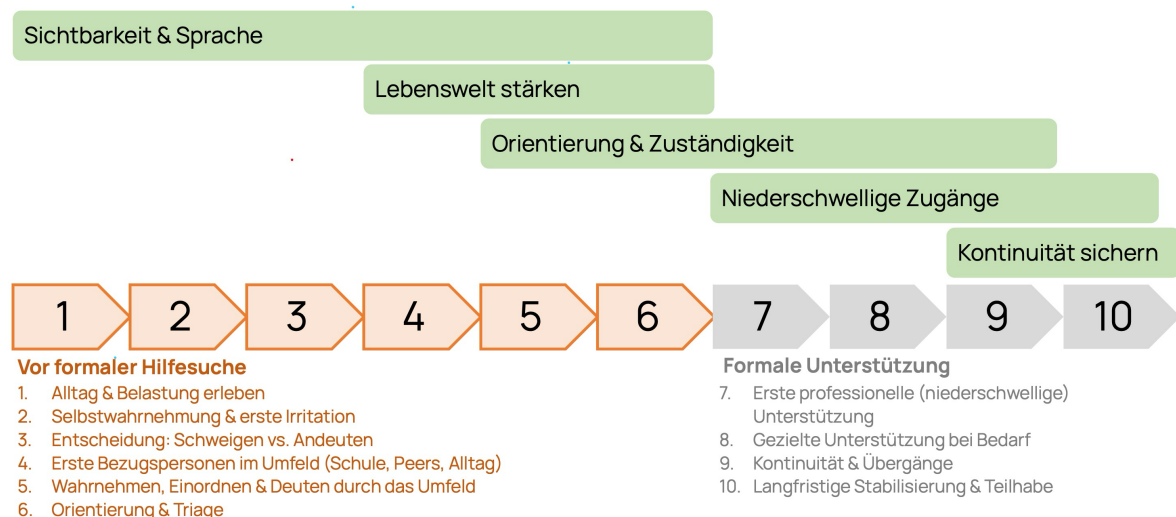


Abbildung 4: Präventive Handlungsfelder entlang der Versorgungskette

1. Handlungsfeld: Frühe Sichtbarkeit und Sprache ermöglichen

Ausgangspunkt aus der Analyse

Die Analyse zeigt, dass Belastungen junger Angehöriger häufig früh entstehen, aber lange unsichtbar bleiben. Anpassung, Funktionieren und Schweigen verhindern, dass Unterstützungsbedarf erkannt, benannt oder legitimiert wird. Fehlende Sprache für Rollen, Belastung und Bedürfnisse wirkt dabei als zentraler Gatekeeper entlang der gesamten Versorgungskette.

Warum hier ein zentraler Hebel liegt

Ohne Sichtbarkeit gibt es keinen Zugang zu Unterstützung. Prävention scheitert nicht daran, dass Belastung nicht existiert, sondern daran, dass sie nicht als solche erkennbar wird – weder für die Betroffenen selbst noch für ihr Umfeld. Sprache ist dabei keine Ergänzung, sondern eine strukturelle Voraussetzung für Prävention.

Zielrichtung

Junge Angehörige sollen frühzeitig Worte, Deutungsangebote und legitime Begriffe für ihr Erleben erhalten – ohne Pathologisierung. Belastung soll benennbar werden, bevor sie eskaliert oder chronifiziert.

2. Handlungsfeld: Lebensweltliche Schlüsselpersonen stärken und absichern

Ausgangspunkt aus der Analyse

Schule, Ausbildung, Freizeitkontexte und andere lebensweltnahe Settings sind zentrale Lebensorte junger Angehöriger. Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass lebensweltnahe Bezugspersonen Belastung oft zwar wahrnehmen, sich aber unsicher fühlen: fachlich, rechtlich oder emotional. Angst vor Grenzüberschreitung, Elternreaktionen oder institutionellen Konsequenzen führt häufig zu Zurückhaltung.

Warum hier ein zentraler Hebel liegt

Lebensweltnahe Bezugspersonen sind häufig die ersten Erwachsenen ausserhalb der Familie, die Veränderungen beobachten könnten. Wenn sie jedoch ohne Auftrag, Kompetenz oder Absicherung bleiben, werden frühe Präventionschancen systematisch verpasst.

Zielrichtung

Lebensweltliche Bezugspersonen sollen befähigt werden, Belastung sicher zu erkennen, einzuordnen und anzusprechen – ohne allein gelassen zu werden und ohne sofortige Eskalationslogik.

3. Handlungsfeld: Niederschwellige, sichere Zugänge schaffen

Ausgangspunkt aus der Analyse

Viele junge Angehörige wissen nicht, wohin sie sich wenden können – oder empfinden bestehende Angebote als zu hochschwellig, zu bedrohlich oder nicht für sie gedacht. Schwellenangst, Scham und Misstrauen gegenüber Institutionen blockieren frühe Hilfesuche.

Warum hier ein zentraler Hebel liegt

Selbst wenn Belastung erkannt wird, verpufft der Hilfeimpuls häufig, weil es keine klaren, sicheren und niedrigschwelligen Zugänge gibt. Unterstützung wird dann erst bei Eskalation aktiviert – zu spät für Prävention.

Zielrichtung

Junge Angehörige sollen Zugänge erhalten, die freiwillig, vertraulich und entlastend sind und nicht an akute Krise, Diagnose oder elterliche Zustimmung gebunden sind.

4. Handlungsfeld: Orientierung, Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung sichern

Ausgangspunkt aus der Analyse

Die Versorgung junger Angehöriger ist fragmentiert. Zuständigkeiten sind unklar, Übergänge brüchig, Verantwortung wird zwischen Systemen weitergereicht. Selbst bei erfolgreichem Erstkontakt fehlt häufig Kontinuität.

Warum hier ein zentraler Hebel liegt

Unterstützung scheitert nicht nur am Zugang, sondern an der fehlenden Verantwortungsübernahme über Zeit und Systemgrenzen hinweg. Ohne Orientierung und Fallführung werden selbst motivierte Betroffene und engagierte Fachpersonen überfordert.

Zielrichtung

Versorgung soll für junge Angehörige nachvollziehbar, verlässlich und kontinuierlich werden – unabhängig davon, welches System zuerst involviert ist.

5. Handlungsfeld: Strukturelle und politische Rahmenbedingungen verändern

Ausgangspunkt aus der Analyse

Junge Angehörige sind politisch und gesellschaftlich kaum sichtbar. Es fehlen systematische Daten, langfristige Finanzierungen und verbindliche Präventionsaufträge. Verantwortung wird häufig individualisiert, während strukturelle Ursachen bestehen bleiben.

Warum hier ein zentraler Hebel liegt

Solange junge Angehörige kein klar anerkanntes Handlungsfeld sind, bleiben Präventionsangebote projektbasiert, fragil und abhängig von Einzelengagement. Nachhaltige Veränderung erfordert politische Priorisierung.

Zielrichtung

Junge Angehörige sollen als eigenständige Zielgruppe in Politik, Finanzierung und Versorgung anerkannt werden – mit langfristigen, verlässlichen Rahmenbedingungen für Prävention und Unterstützung.

Zwischenfazit zu Teil V

Die fünf Handlungsfelder adressieren nicht einzelne Symptome, sondern zentrale strukturelle Ursachen der Unterversorgung. Sie greifen an unterschiedlichen Punkten der Versorgungskette an, sind jedoch eng miteinander verbunden. Erst ihr Zusammenspiel ermöglicht eine präventive Versorgung, die frühzeitig wirkt, Kontinuität schafft und junge Angehörige nachhaltig entlastet.

TEIL VI – WIRKUNGSZIELE UND AUSBLICK

Teil VI formuliert die übergeordneten Wirkungsziele, die sich aus der vorangegangenen Barrieren- und Mechanismenanalyse ergeben. Er beschreibt nicht konkrete Massnahmen, sondern benennt die Veränderungen, die notwendig sind, damit sich die Versorgungssituation junger Angehöriger nachhaltig verbessert.

Die Wirkungsziele dienen damit als verbindender Rahmen zwischen Analyse und Weiterentwicklung: Sie fassen zusammen, welche qualitativen Veränderungen angestrebt werden, und bilden die inhaltliche Grundlage für nachfolgende Angebotsentwicklung, fachliche Diskussionen und strategische Entscheidungen.

1. Grundverständnis von Wirkung

Die Analyse hat gezeigt, dass Unterversorgung junger Angehöriger nicht punktuell entsteht, sondern sich über mehrere Phasen hinweg aufbaut. Sie ist das Ergebnis wiederkehrender Muster, struktureller Engpässe und fehlender präventiver Verankerung.

Wirkung wird in diesem Bericht daher nicht als kurzfristiger Effekt einzelner Interventionen verstanden, sondern als strukturelle Veränderung von Bedingungen: von Wahrnehmung, Sprache, Zuständigkeit und Kontinuität. Unterstützung soll nicht erst dann greifen, wenn Belastung eskaliert, sondern dort ansetzen, wo Entlastung, Orientierung und Begleitung noch möglich sind.

2. Übergeordnete Wirkungsziele

Frühe Sichtbarkeit und Legitimation von Belastung

Belastungen junger Angehöriger werden frühzeitig wahrgenommen, benannt und als unterstützungswürdig anerkannt – unabhängig davon, ob eine akute Krise vorliegt. Unterstützung setzt nicht erst dann ein, wenn Funktionieren zusammenbricht, sondern wird als legitime präventive Aufgabe verstanden. Sichtbarkeit ist dabei nicht an Pathologisierung gebunden, sondern an Anerkennung von Belastung als nachvollziehbare Reaktion auf herausfordernde Lebensumstände.

Stärkung von Sprache, Einordnung und Selbstverständnis

Junge Angehörige sowie ihr Umfeld verfügen über Sprache und Deutungsangebote, um Belastung einzuordnen, Rollen zu verstehen und Bedürfnisse zu benennen. Belastung wird nicht länger individualisiert oder moralisiert, sondern als verständlicher Ausdruck komplexer familiärer Situationen erkannt. Sprache ermöglicht Orientierung, Kommunikation und frühe Unterstützung – ohne Schuldzuweisung.

Verlässliche Orientierung und geklärte Zuständigkeit im Unterstützungssystem

Unterstützung ist für junge Angehörige und ihr Umfeld auffindbar, verständlich und erreichbar. Zuständigkeiten sind klar legitimiert, auch ohne akute Eskalation oder formales Mandat. Verantwortung verschwindet nicht zwischen Systemen, sondern bleibt nachvollziehbar und kontinuierlich verankert.

Lebenswelt als tragender Präventions- und Schutzraum

Zentrale Lebensorte wie Schule, Ausbildung, Freizeit und Peers werden systematisch als präventive Räume gestärkt. Belastung wird dort nicht vorschnell leistungsbezogen oder individualisiert interpretiert, sondern kontextualisiert und aufgegriffen. Unterstützung kann dort beginnen, wo Vertrauen besteht und Alltag stattfindet.

Kontinuität und Beziehungssicherheit über Zeit und Übergänge hinweg

Junge Angehörige erleben Unterstützung als verlässlich, konsistent und tragfähig – auch bei Übergängen zwischen Lebensphasen, Institutionen oder Zuständigkeiten. Verantwortung bleibt bestehen, Beziehungen brechen nicht bei jedem Systemwechsel ab, und Begleitung wird nicht immer wieder neu begonnen.

Strukturelle und politische Verankerung von Prävention

Die Situation junger Angehöriger ist gesellschaftlich anerkannt und politisch sichtbar. Prävention ist nachhaltig finanziert, strukturell verankert und nicht auf zeitlich begrenzte Projekte beschränkt. Verantwortung wird nicht individualisiert, sondern als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe verstanden.

3. Zusammenspiel der Wirkungsziele

Die formulierten Wirkungsziele entfalten ihre Wirkung nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel. Sichtbarkeit ermöglicht Sprache, Sprache legitimiert Unterstützung, Zuständigkeit schafft Handlungsspielräume, lebensweltliche Verankerung senkt Schwellen, und Kontinuität stabilisiert Entwicklung. Politische und strukturelle Verankerung sichern dabei die Nachhaltigkeit dieser Prozesse.

Prävention wird so nicht als einzelne Massnahme verstanden, sondern als Qualität eines Versorgungssystems, das junge Angehörige früh wahrnimmt, ernst nimmt und begleitet.

4. Ausblick

Die in diesem Teil formulierten Wirkungsziele bilden die Grundlage für die nächste Projektphase. In einem nachfolgenden Schritt können daraus konkrete Angebote, Wirkannahmen und ein Wirkungsmodell entwickelt werden. Dieser Schritt erfolgt bewusst aufbauend auf der Analyse, um sicherzustellen, dass zukünftige Interventionen nicht an Symptomen ansetzen, sondern an den strukturellen Ursachen der Unterversorgung.

ABSCHLIESSENDE EINORDNUNG

Dieser Bericht hat gezeigt, dass die Unterversorgung junger Angehöriger nicht das Ergebnis einzelner Versäumnisse ist, sondern aus einem Zusammenspiel struktureller Bedingungen entsteht. Belastung bleibt häufig unsichtbar, Unterstützung setzt spät ein, Zuständigkeiten sind unklar und Begleitung brüchig. Diese Dynamiken wirken nicht isoliert, sondern verstärken sich entlang der Versorgungskette.

Gleichzeitig macht die Analyse deutlich, dass Unterversorgung nicht zwangsläufig ist. Sie ist kein Naturgesetz, sondern das Resultat historisch gewachsener Strukturen, normativer Annahmen und fehlender präventiver Verankerung. Dort, wo Sichtbarkeit ermöglicht, Sprache bereitgestellt, Zuständigkeit geklärt und Kontinuität gesichert wird, eröffnen sich reale Handlungsspielräume.

Die vorliegenden Erkenntnisse liefern damit nicht nur eine Beschreibung bestehender Lücken, sondern eine fundierte Grundlage für Weiterentwicklung. Sie machen sichtbar, wo Prävention ansetzen muss, welche Bedingungen Unterstützung ermöglichen und warum frühes Handeln entscheidend ist.

In diesem Sinne versteht sich der Bericht nicht als Abschluss, sondern als Ausgangspunkt: für vertiefte fachliche Diskussionen, für die Entwicklung wirksamer Angebote – und für eine Versorgung, die junge Angehörige nicht erst erreicht, wenn Belastung eskaliert, sondern dann, wenn Unterstützung noch entlasten, stabilisieren und Entwicklung ermöglichen kann.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79–88. <https://doi.org/10.1002/car.904>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Hefti, S., Kölch, M., Di Gallo, A., Stierli, R., Roth, B., & Schmid, M. (2016). Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? *Kindheit und Entwicklung*, 25(2), 89–99. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000193>
- Leijdesdorff, S., van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up-to-date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., Moser, U., Becker, S., & Jung, C. (2019). Counting young carers in Switzerland – A study of prevalence. *Children & Society*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Article 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98–111. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104037>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 173–183. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Siegenthaler, E., Munder, T., & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8–17.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.018>
- Sotomo. (2024). Stand by You Studie: Situation der Angehörigen und Vertrauten von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz. Stand by You Schweiz. https://stand-by-you.ch/wp-content/uploads/2024/03/sby_studie_final.pdf

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Die zehn Versorgungsschritte	11
Abbildung 2: Sechs Systemebenen	12
Abbildung 3: Doppelte Dynamik der Unterversorgung	30
Abbildung 4: Präventive Handlungsfelder entlang der Versorgungskette	31

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Barrieren entlang der Versorgungskette.....	14
--	----